

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do Projektu pt. „Dzienny Dom Seniora w Gminie Ostrowite – przeciwdziałanie osamotnieniu i marginalizacji seniorów”

Nr formularza rekrutacyjnego wg. kolejności składania formularzy (wypełnia Beneficjent)	 Nr referencyjny, data, godzina
--	---

Tytuł projektu:	„Dzienny Dom Seniora w Gminie Ostrowite – przeciwdziałanie osamotnieniu i marginalizacji seniorów”
Nr projektu:	RPWP.07.02.02-30-0130/19
Nazwa i numer Osi Priorytetowej:	Oś Priorytetowa 7. Włączenie społeczne
Nazwa i numer Działania:	7.2 Usługi społeczne i zdrowotne
Nazwa i numer Poddziałania	7.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe

UWAGA:

- Formularz zgłoszeniowy do Projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń.
- W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
- Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole ☐ znaku: **X**

WYBÓR FORMY WSPARCIA (Uwaga, można wybrać tylko jedną formę wsparcia)

- ☐ Chcę skorzystać z usług opiekuńczych świadczonych w Dziennym Domu Seniora
- ☐ Chcę skorzystać ze wsparcia dla opiekunów faktycznych

Imię		
Nazwisko		
PESEL		
Płeć		☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wykształcenie		☐ brak ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe
Adres zamieszkania	Kraj	POLSKA
	Województwo	wielkopolskie
	Powiat	
	Gmina	

REALIZATOR:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowitem
ul. Lipowa 2, 62-402 Ostrowite
tel. 63 2765160

	Miejscowość	
	Ulica	
	Numer budynku	
	Numer lokalu	
	Kod pocztowy	
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail (jeżeli uczestnik/czka posiada)	

Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	Osoba bezrobotna	☐ TAK ☐ NIE
	w tym:	☐ osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy ☐ osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy ☐ osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy)
	Osoba bierna zawodowo ¹	☐ TAK ☐ NIE
	w tym:	☐ osoba ucząca się ☐ osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
	Osoba pracująca	☐ TAK ☐ NIE
	w tym:	☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne Wykonywany zawód Zatrudniony/a w (nazwa instytucji/przedsiębiorstwa)

Status osoby w chwili	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE
------------------------------	--	---

¹ to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).

przystępowania do projektu		☐ Odmawiam podania informacji
	Osoba z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <i>(należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)</i>	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE

Przynależność do grupy docelowej	Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane poniżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że:	
	Zamieszkuję na terenie Gminy Ostrowite.	☐ TAK ☐ NIE
	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.	☐ TAK ☐ NIE
	Jestem osobą niesamodzielną	☐ TAK ☐ NIE
	Jestem osobą niesamodzielną/ z niepełnosprawnością, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą ² lub na osobę w rodzinie ³)	☐ TAK ☐ NIE
	Doświadczam wielokrotnego wykluczenia.	☐ TAK ☐ NIE
	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych).	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji
	Jestem osobą pełnoletnią sprawującą opiekę nad osobą z niepełnosprawnością lub osobą niesamodzielną w wieku senioralnym, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad w/w osobą.	☐ TAK ☐ NIE

² 701,00 zł x 150% = **1051,50 zł**
³ 528,00 zł x 150% = **792,00 zł**

REALIZATOR:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowitem

ul. Lipowa 2, 62-402 Ostrowite

tel. 63 2765160

Czy Kandydat/ka jest osobą ubezwłasnowolnioną?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to jest to ubezwłasnowolnienie:

☐ CZĘŚCIOWE ☐ CAŁOŚCIOWE

.....
Data

.....
Podpis osoby składającej formularz - Kandydata/tki do Projektu

.....
Data

.....
*Czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku,
gdy Kandydat/ka do projektu jest osobą ubezwłasnowolnioną*